

卸 売 販 売 業 許 可 申 請 書

営 業 所 の 名 称			
営 業 所 の 所 在 地		TEL	FAX
営 業 所 の 構 造 設 備 の 概 要			
医 薬 品 の 保 管 設 備 の 面 積			
医 薬 品 の 取 扱 品 目			
(法 人 に あ つ て は) 薬 事 に 関 す る 業 務 に 責 任 を 有 す る 役 員 の 氏 名			
営 業 所 管 理 者	氏 名		
	住 所		
	資 格		
兼 営 事 業 の 種 類			
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先			
申に責任を有する役員を含む。 （法人にあっては、薬事に関する業務	(1)	法第 75 条第 1 項の規定により許可を取り消され、取消しの日から 3 年を経過していない者	
	(2)	法第 75 条の 2 第 1 項の規定により登録を取り消され、取消しの日から 3 年を経過していない者	
	(3)	拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、3 年を経過していない者	
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から 2 年を経過していない者	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(6)	精神の機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	
	(7)	卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	
備 考	○ 当該営業所において管理医療機器の販売業・貸与業を （ 併せ行う ・ 行わない ） (1) 取扱品目（補聴器、電気治療器、プログラム（管理）、家庭用、検体、管理） (2) 管理医療機器販売業・貸与業の管理者の氏名及び住所 ア 営業所管理者に同じ イ 営業所管理者以外の者 氏名； 住所； 資格；		

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

小樽市保健所長 様